

Troubles bipolaires et comorbidité psychiatrique

Dans les troubles bipolaires, la comorbidité psychiatrique est très fréquente et constitue un facteur pronostique aggravant. Elle concerne surtout, mais pas seulement, les addictions, dont l'usage de l'alcool, et les troubles anxieux. Elle doit être systématiquement recherchée et prévenue et impose une prudence particulière pour sa prise en charge médicamenteuse.

Héloïse Lipski*, Franck Baylé**

La comorbidité est l'existence de plus d'une maladie chez un même sujet au même moment ; cette association est plus fréquente que ne le voudrait le hasard. En psychiatrie, le concept de comorbidité a de plus en plus d'implications sur le diagnostic, le pronostic, la physiopathologie et la thérapeutique. Les études récentes montrent la grande fréquence d'une comorbidité chez les malades psychiatriques.¹

UNE FRÉQUENCE GÉNÉRALE TRÈS ÉLEVÉE DANS LE TROUBLE BIPOLAIRE

Depuis quelques années, les études cliniques et épidémiologiques sur la comorbidité se multiplient et mettent en évidence un taux élevé de troubles comorbides parmi les patients atteints de troubles bipolaires. Cette comorbidité peut concerner un ou plusieurs troubles.

Des données récentes suggèrent que ce taux s'élève à 65 %, dont 42 % de troubles anxieux, 42 % de troubles d'utilisation de substances et 9,5 % de troubles du comportement alimentaire.² On note aussi le trouble obses-

sionnel compulsif (TOC), les troubles du contrôle des impulsions et les troubles de la personnalité.

Dans le trouble bipolaire, la comorbidité est associée à un début plus précoce de la maladie, à une accélération des cycles et à une plus grande sévérité des épisodes, avec comme conséquences un pronostic défavorable et une maladie plus sévère.²

Les troubles bipolaires étant sous-diagnostiqués, il en résulte une prise en charge inadaptée et un taux de mortalité plus élevé. La comorbidité est un des facteurs qui interfèrent ou retardent le diagnostic du trouble bipolaire.³

Comorbidité simple, cause ou conséquence ?

Une comorbidité n'implique pas une relation de causalité, pas plus le fait que l'un des troubles précède l'autre. Les auteurs s'accordent à dire que le trouble bipolaire est plus souvent primaire que secondaire au trouble comorbide. L'apparition de ce dernier peut parfois être comprise comme une tentative par le sujet de réguler son comportement ou de soulager un symptôme.

* Laboratoire « Vulnérabilité, adaptation et psychopathologie », CNRS UMR 7593, groupe hospitalier La Pitié-La Salpêtrière, 75651 Paris Cedex 13. Courriel : heloiselipski@yahoo.fr ;

**Service hospitalo-universitaire, centre hospitalier Sainte-Anne, Inserm E0117, 75674 Paris Cedex 14. Courriel : f.bayle@ch-sainte-anne.fr

CE QUI EST NOUVEAU

- ➔ La comorbidité est de plus en plus connue. Elle conditionne souvent la prise en charge. Celle-ci peut-être pluridisciplinaire, associant médecin généraliste, psychiatre, psychothérapeute, suivi en addictologie.
- ➔ L'extension du concept de trouble bipolaire aboutit à la notion de spectre. Celui-ci inclut des troubles aux caractères proches.
- ➔ La prise en charge médicamenteuse est basée le plus souvent sur les thymorégulateurs.

Distinction entre trouble comorbide et trouble d'un même spectre

Les études de comorbidité ont conduit McElroy *et al.* à proposer le concept de spectre affectif. Ce spectre est considéré comme l'ensemble des aspects symptomatiques particuliers d'un trouble affectif plus général. Ainsi, à partir d'un sous-bassement psychopathologique et biologique unique, les troubles s'exprimeraient de façon très variée sur le plan clinique. De nombreuses catégories cliniques, comme les troubles du contrôle des impulsions, la boulimie, le trouble panique, le TOC, le trouble déficit de l'attention-hyperactivité, l'épisode dépressif majeur, sont regroupés sous le concept de spectre affectif de McElroy *et al.* Ces auteurs s'appuient, pour défendre leur concept, sur des similitudes cliniques, psychopathologiques et épidémiologiques, notamment en relevant la fréquence d'association de ces troubles à des troubles de l'humeur et leur réponse au moins partielle aux antidépresseurs.^{1,4}

Ce spectre affectif est très large. D'autres auteurs ont évoqué un spectre plus restreint. Perugi et Akiskal proposent un spectre bipolaire II (spectre bipolaire atténué) comprenant notamment l'hypomanie chronique, les tempéraments hyperthymique et cyclothymique, le TOC, les abus de substances, les troubles du contrôle des impulsions et les troubles du comportement alimentaire.⁵

TROUBLES BIPOLAIRES ET ADDICTIONS

Les troubles bipolaires s'accompagnent très fréquemment d'abus et de dépendance aux substances psychoactives. Parmi elles, l'alcool est de loin majoritaire ; mais d'autres substances, comme la cocaïne, les amphétamines, les opiacés et le cannabis représentent aussi un problème majeur pour le diagnostic et la prise en charge.⁶

Les données actuelles concernant la comorbidité avec l'alcoolisme ne corroborent pas une donnée classique rapportée par les anciens auteurs. Pour eux, la maladie maniaco-dépressive s'associait souvent à un alcoolisme sévère et invalidant. Les données plus actuelles tendent à montrer qu'elle s'associe davantage à une consommation

massive avec abus d'alcool, notamment lors des épisodes maniaques,¹ ainsi que dans les cas de cyclothymie et d'hyperthymie.⁷ L'alcoolisme serait, quant à lui, surtout caractéristique du trouble « unipolaire ».

La relation entre l'alcool et le trouble bipolaire semble particulièrement marquée pendant l'adolescence et chez l'adulte jeune, quand l'utilisation d'une telle substance est souvent une sorte d'automédication vis-à-vis de l'instabilité de l'humeur. L'alcool est non seulement utilisé pour lutter contre l'insomnie et l'anxiété caractéristiques des deux phases, dépressive et maniaque, mais aussi en guise de stimulant pour augmenter l'énergie et les performances, notamment sexuelles, associées à l'hypomanie.⁷

L'abus d'alcool chez les patients atteints d'un trouble bipolaire n'est généralement pas associé à des antécédents familiaux d'alcoolisme. Il tend à diminuer à la faveur d'un suivi au long cours, ce qui confirmerait l'hypothèse de l'automédication.⁷ Cela pourrait aussi expliquer la discordance entre les résultats des études récentes et les tableaux cliniques décrits dans le passé, la prise en charge modifiant cet aspect évolutif dans un sens favorable.

Même si l'alcoolisme semble moins fréquent que l'abus d'alcool chez les patients bipolaires, sa prévalence reste élevée. Des études retrouvent un taux d'abus d'alcool de 46 % et un taux de dépendance à l'alcool de 39 %.⁸ Comme dans la population générale, il y a plus d'hommes que de femmes alcooliques parmi les patients bipolaires, mais les femmes bipolaires semblent plus vulnérables à l'égard de l'alcoolisme. En effet, le risque d'alcoolisme pour une femme bipolaire (en comparaison avec la population générale féminine) est plus élevé que pour un homme bipolaire (en comparaison avec la population générale masculine).⁸

Conséquences des addictions comorbides

L'abus de substances au cours du trouble bipolaire serait un facteur de mauvaise observance du traitement et un facteur de mauvais pronostic⁹ (tableau 1). Il induirait des virages de l'humeur, aggraverait les manies, augmenterait le nombre de tentatives de suicide et allongerait les durées d'hospitalisations.³ Dans un petit nombre de cas, un premier épisode de trouble de l'humeur est apparu après un sevrage brutal d'alcool.⁷

Traitement des troubles bipolaires associés à un abus de substances

Il est rendu particulièrement difficile par l'association des deux troubles. Tout d'abord, il est important d'agir préventivement en informant le patient sur sa vulnérabilité.

Certaines données suggèrent que les thymorégulateurs anticonvulsivants sont le traitement de premier choix pour les patients atteints de trouble bipolaire associé à un abus de substances.^{7,10,11} Les recommandations les plus récentes sont en première intention la prescription de divalproex.¹¹ D'autres auteurs suggèrent le valproate,^{7,10}

lequel réduirait la consommation d'alcool en diminuant le besoin irrépressible de boire (*craving*) et diminuerait les symptômes de sevrage alcoolique. De plus, il semble être bien toléré.¹⁰

TROUBLES BIPOLAIRES ET TROUBLES ANXIEUX

La comorbidité entre troubles anxieux et troubles bipolaires est fréquente. Le taux de troubles anxieux parmi les patients atteints de troubles bipolaires est compris entre 16 et 42 %.¹² La comorbidité avec le trouble bipolaire est plus fréquente qu'avec le trouble « unipolaire ».

Chez tout patient souffrant d'un trouble bipolaire, le clinicien doit rechercher un trouble anxieux et inversement. La suspicion de comorbidité doit être d'autant plus importante que le patient est résistant au traitement, qu'il a plusieurs troubles anxieux et qu'il a une addiction (alcool ou drogue).

Le trouble panique est plus facile à diagnostiquer que les autres troubles anxieux ; il est présent chez 10 à 33 % des patients atteints d'un trouble bipolaire.¹²

Traitement d'un trouble anxieux associé à un trouble bipolaire

Avant de traiter le trouble anxieux, il faut obtenir une stabilisation de l'humeur. Une fois celle-ci obtenue, les possibilités thérapeutiques sont les antidépresseurs et les psychothérapies, notamment cognitivo-comportementales.

IMPACT de l'abus d'alcool et de drogues sur le trouble bipolaire

MODIFICATION DU COURS ÉVOLUTIF DU TROUBLE BIPOLAIRE

- ▶ Âge de début : avancé
- ▶ Fréquence des épisodes : augmentée
- ▶ Intervalle entre les épisodes : persistance de symptômes
- ▶ Guérison des épisodes : retardée
- ▶ Nombre total d'épisodes : augmenté

PRONOSTIC DU TROUBLE BIPOLAIRE

- ▶ Chronicité : augmentée
- ▶ Handicap : augmenté
- ▶ Mortalité : augmentée

MODIFICATION DES ÉPISODES THYMIQUES

- ▶ Symptômes : plus nombreux, notamment symptômes dépressifs
- ▶ Type : cycles rapides, états mixtes et dysphories plus fréquents
- ▶ Durée : augmentée

Tableau 1. D'après réf n°10.

Les antidépresseurs sont souvent utilisés dans le traitement des troubles anxieux. Leur utilisation dans les troubles bipolaires est cependant complexe. En effet, les antidépresseurs peuvent aggraver l'évolution d'un trouble bipolaire en induisant un virage maniaque, hypomaniaque ou mixte, ou en induisant des cycles rapides. C'est pourquoi il est conseillé d'obtenir une stabilisation correcte de l'humeur avant d'utiliser des antidépresseurs pour traiter les symptômes anxieux résiduels. Les antidépresseurs doivent être instaurés avec une extrême précaution tout en surveillant l'apparition de symptômes maniaques, hypomaniaques, mixtes et de cycles rapides. L'apparition de ces symptômes peut d'ailleurs mimer ou aggraver des symptômes anxieux. En outre, des interactions pharmacologiques sont possibles entre antidépresseurs et thymorégulateurs. Quand leur utilisation est nécessaire, les antidépresseurs à privilégier sont les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine, car ils entraînent moins de virages de l'humeur que les antidépresseurs tricycliques.

TROUBLES BIPOLAIRES ET TOC

La comorbidité du TOC avec la dépression est fréquemment admise. Certains auteurs ont récemment attiré l'attention sur la comorbidité entre le TOC et le trouble bipolaire. Le TOC serait près de 2 fois plus fréquent dans le trouble bipolaire (21 %) que dans le trouble unipolaire (12 %),¹² et semble particulièrement associé à des formes atténuées de bipolarité : hypomanie typique, hypomanie brève récurrente, cyclothymie (instabilité thymique avec répétition rapide d'épisodes sub-syndromiques). Cette forme de « TOC bipolaire » doit inciter le clinicien à la vigilance, notamment vis-à-vis du risque de virage thymique sous antidépresseurs (utilisés dans le traitement du TOC).¹³

La comorbidité bipolaire au sein du TOC serait plus fréquente en cas de comorbidité avec un trouble anxieux et (ou) un abus de substances psycho-actives. Elle s'accompagne d'un risque plus élevé de dépressions sévères et récurrentes. Comme la dépression est plus visible que le TOC ou la cyclothymie, il convient, dans la pratique, face à une dépression sévère et résistante ou complexe (associée à un abus d'alcool ou à des attaques de panique), de rechercher systématiquement le TOC et la bipolarité, en particulier la cyclothymie.

TROUBLES BIPOLAIRES ET TROUBLES DU CONTRÔLE DES IMPULSIONS

Les troubles du contrôle des impulsions (dits « non classés ailleurs » dans le *Diagnostic and statistical manual of mental disorders IV* [DSM IV]¹⁴) comportent le trouble explosif intermittent, la kleptomanie, la pyromanie, le jeu pathologique, et la trichotillomanie. Ils ont été intégrés pour certains dans un spectre affectif, et pour d'autres dans

un spectre addictif. Pour intégrer ces troubles dans un spectre affectif, McElroy met en avant plusieurs arguments :

- la grande prévalence de troubles de l'humeur chez les patients atteints d'un trouble du contrôle des impulsions ainsi que dans leurs familles ;
- des anomalies de transmission sérotoninergique communes aux troubles du contrôle des impulsions, aux troubles de l'humeur et aux troubles du spectre affectif ;
- la réponse aux antidépresseurs et aux thymorégulateurs.⁴

TROUBLES BIPOLAIRES ET TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ

On peut parler de trouble de la personnalité quand les traits de caractère et les attitudes habituelles d'un sujet sont rigides, inadaptés, et qu'ils sont responsables soit d'une altération significative du fonctionnement social ou professionnel, soit d'une souffrance subjective.

La question de la comorbidité entre trouble de la personnalité et trouble bipolaire soulève d'emblée le problème du diagnostic différentiel.

Les auteurs du DSM IV recommandent aux cliniciens de ne pas affirmer le diagnostic de trouble de la personnalité

pendant un épisode thymique aigu.¹⁴ Même en cas de trouble chronique de l'humeur, le fait d'établir un diagnostic de trouble de la personnalité peut conduire à négliger le diagnostic de trouble de l'humeur ou à le sous-traiter. Lorsque des traits de personnalité pathologiques et un trouble de l'humeur coexistent, il est préférable, selon certains auteurs, de différer le diagnostic de trouble de la personnalité et de débiter un traitement du trouble de l'humeur.⁷ De nombreux cliniciens expérimentés ont observé la disparition de traits de personnalité pathologiques avec la résolution du trouble de l'humeur. Le diagnostic de trouble de la personnalité le plus problématique est celui de personnalité *borderline*, en raison d'un chevauchement important entre ses caractéristiques et celles du trouble bipolaire.

Le trouble de la personnalité *borderline* se caractérise par une angoisse constante et diffuse, des symptômes névrotiques multiples et changeants, des états affectifs labiles avec un syndrome dépressif, une instabilité et une impulsivité avec facilité du passage à l'acte, notamment suicidaire. Les complications en sont les épisodes anxio-dépressifs, les conduites antisociales, les épisodes psychotiques brefs. Les points communs entre le trouble de la personnalité *borderline* et le trouble bipolaire concernent à la fois les antécédents familiaux, la clinique, la réponse aux médicaments et le pronostic ; ils sont répertoriés dans le tableau 2.

La nature du lien unissant personnalité et maladie bipolaire a donné lieu à plusieurs hypothèses :

- il existe une personnalité prémorbide, facteur de prédisposition à la maladie bipolaire ;
- il existe une personnalité post-morbide, définie comme une séquelle psychologique des accès thymiques (tempéraments cyclothymique, hyperthymique, dysthymique et irritable) ;
- la personnalité peut modifier l'expression clinique des accès thymiques ;
- la personnalité est un facteur influençant le cours évolutif de la maladie ;
- la personnalité est l'expression atténuée de troubles affectifs.¹⁶

CONCLUSION

Chez les patients atteints de trouble bipolaire, la comorbidité est fréquente et peut concerner plusieurs troubles. Son taux s'élèverait à 65 %.² Elle concerne surtout les addictions (en premier lieu l'alcool) et les troubles anxieux mais aussi le TOC, les troubles du contrôle des impulsions, les troubles de la personnalité et les troubles du comportement alimentaire. La comorbidité est associée à un début plus précoce de la maladie, à une accélération des cycles et à une plus grande sévérité des épisodes, avec pour conséquences un pronostic et une maladie plus sévères.²

POINTS COMMUNS entre la personnalité *borderline* et les troubles de l'humeur

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX
► Taux élevé de troubles de l'humeur
SYMPTOMATOLOGIE
► Dysthymie (dépression intermittente et atténuée)
► Cyclothymie (instabilité thymique avec répétition rapide d'épisodes sub-syndromiques)
► Trouble bipolaire type 2 (alternance d'épisodes dépressifs majeurs et d'hypomanie)
► État mixte
RÉPONSE PHARMACOLOGIQUE
► Aggravation sous antidépresseurs tricycliques
► Stabilisation sous anticonvulsivants
COURS ÉVOLUTIF
► Épisode dépressif majeur
► Suicide

Tableau 2 D'après la réf. n° 15.

Le trouble de la personnalité *borderline* et le trouble bipolaire ont de nombreuses similarités, en ce qui concerne à la fois les antécédents familiaux, la symptomatologie, la réponse au traitement et le cours évolutif. Cela explique pourquoi il est parfois difficile de faire le diagnostic différentiel entre ces deux troubles.

POUR LA PRATIQUE

- Les troubles bipolaires s'accompagnent souvent d'un trouble psychiatrique comorbide.
- Les troubles psychiatriques les plus fréquemment associés aux troubles bipolaires sont les addictions (en particulier l'abus et la dépendance à l'alcool) et les troubles anxieux.
- Ces troubles aggravent le pronostic du trouble bipolaire.
- Leur prévalence élevée et leurs conséquences néfastes nécessitent :
 - ① de les rechercher systématiquement ;
 - ② de tenter de prévenir leur apparition en expliquant au patient les risques (en particulier pour les addictions) ;
 - ③ de les prendre en charge quand ils existent.
- L'usage d'un antidépresseur est à envisager avec une extrême précaution du fait du risque de virage de l'humeur et de l'accélération des cycles du trouble bipolaire. Pour cette raison, les thymorégulateurs sont à privilégier. Quand un antidépresseur est nécessaire, on préfère les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine aux antidépresseurs tricycliques du fait du risque moins élevé de virage de l'humeur.
- Devant tout trouble psychiatrique, il faut rechercher un trouble de l'humeur et en particulier un trouble bipolaire. Chez les jeunes gens ayant des antécédents familiaux de trouble bipolaire, l'apparition précoce d'une addiction, d'un trouble anxieux, de traits de personnalité *borderline* ou d'un trouble des conduites alimentaires doit faire rechercher un trouble de l'humeur (notamment un trouble bipolaire) à l'état de prodrome.

De fait, devant un trouble bipolaire, il faut systématiquement rechercher un trouble psychiatrique comorbide, en particulier une addiction ou un trouble anxieux. Inversement, devant tout trouble psychiatrique, il convient de rechercher systématiquement un trouble de l'humeur, et en particulier un trouble bipolaire. Les patients bipolaires qui n'ont pas encore développé de trouble comorbide doivent être particulièrement surveillés sur ce plan et être informés des risques de troubles comorbides.²

Chez les jeunes gens ayant des antécédents familiaux de trouble bipolaire, l'apparition précoce d'un trouble anxieux, d'une addiction, de traits de personnalité *borderline* ou d'un trouble du comportement alimentaire doit faire évoquer un trouble de l'humeur (notamment un trouble bipolaire) à l'état de prodrome.²

Concernant la prise en charge du trouble comorbide, l'usage d'un antidépresseur est à envisager avec une extrême précaution du fait du risque de virage de l'humeur et d'accélération des cycles. Pour cette raison, les thymorégulateurs sont à privilégier, en premier lieu le lithium. Quand leur utilisation est nécessaire, les antidépresseurs à prescrire sont les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine, car ils entraînent moins de virages de l'humeur que les antidépresseurs tricycliques.

La prise en charge médicamenteuse peut tout à fait être envisagée en médecine générale. Les règles de prescription médicamenteuse sont simples. Le recours au psychiatre doit être envisagé sans tarder à la moindre difficulté thérapeutique. Ces patients, dont le trouble rend le comportement instable, doivent être suivis de façon rapprochée. ■

SUMMARY Bipolar disorders and psychiatric comorbidity

Comorbidity is very frequent in bipolar disorders. The most frequently psychiatric disorders associated with bipolar disorders are substance use disorders (particularly alcohol abuse) and anxiety disorders. Obsessive-compulsive disorder, impulse control disorders, personality disorders and eating disorders co-occur also with bipolar disorder. Comorbidity complicates the diagnosis and the treatment of bipolar disorder and worsen the prognosis. For every bipolar patient, it is necessary to search for a comorbid psychiatric disorder, and vice-versa. There is a noticeable paucity of controlled studies to guide selection of the most effective treatment approaches for these patients. The expert consensus guidelines about treatment of bipolar disorder propose divalproex as first-line treatment when bipolar disorder co-occurs with substance abuse, panic disorder or posttraumatic stress disorder.

Rev Prat 2005 ; 55 : 501-6

RÉSUMÉ Troubles bipolaires et comorbidité psychiatrique

La comorbidité est très fréquente dans le trouble bipolaire. Les troubles psychiatriques les plus fréquemment associés aux troubles bipolaires sont les addictions (en particulier l'abus et la dépendance à l'alcool) et les troubles anxieux. On retrouve aussi le trouble obsessionnel compulsif, les troubles du contrôle des impulsions, les troubles de la personnalité et les troubles du comportement alimentaire. La comorbidité complique le diagnostic et le traitement du trouble bipolaire, et en aggrave le pronostic. Devant un trouble bipolaire, il est impératif de rechercher un trouble psychiatrique comorbide, et inversement. Peu d'études pharmacologiques contrôlées ont porté sur le traitement des troubles bipolaires associés à une comorbidité. Les recommandations de consensus d'experts concernant le traitement du trouble bipolaire proposent le divalproex en première intention quand le trouble bipolaire est associé à une addiction, au trouble panique ou au syndrome de stress post-traumatique.

RÉFÉRENCES

1. Baylé FJ, Bourgeois M, Chignon JM. Comorbidité et co-occurrence symptomatique. EMC (Elsevier, Paris), Psychiatrie, 37-878-A-15, 1998, 8p.
2. Mc Elroy S, Altshuler L, Suppes T *et al.* Psychiatric comorbidity and its relationship to historical illness variables in 288 patients with bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 2001 ; 158 : 420-6.
3. Thomas P. The many forms of bipolar disorder: a modern look at an old illness. *J Affect Disord* 2004 ; 79 : S3-S8.
4. Mc Elroy SL, Hudson JI, Pope HG, Keck PE, Aizley HG. The DSM-III-R impulse control disorders not elsewhere classified: clinical characteristics and relationship to other psychiatric disorders. *Am J Psychiatry* 1992 ; 149 : 318-27.
5. Perugi G, Akiskal HS. The soft bipolar spectrum redefined: focus on the cyclothymic, anxious-sensitive, impulse-dyscontrol, and binge-eating connection in bipolar II and related conditions. *Psychiatr Clin Am* 2002 ; 25 : 713-37.
6. Sherwood Brown E, Suppes T, Adinoff B, Thomas NR. Drug abuse and bipolar disorder : comorbidity or misdiagnosis? *J Affect Disord* 2001 ; 65 : 105-15.
7. Hagop S, Akiskal H. Mood disorders. In: Sadock B, Sadock V. Kaplan et Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. Lippincott Williams and Wilkins. Philadelphie 2000 : 1284-440.
8. Frye MA, Altshuler LL, McElroy SL *et al.* Gender differences in prevalence, risk, and clinical correlates of alcoholism comorbidity in bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 2003 ; 160 : 883-9.
9. Bougerol T. Évolution et pronostic du trouble bipolaire. In : Bougerol T, Bourgeois M, Gay C *et al.* (eds). Les troubles bipolaires. Paris : Masson, 1995 : 59-76.
10. Salloum IM, Thase ME. Impact of substance abuse on the course and treatment of bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2000 ; 2 : 269-80.
11. Sachs GS, Printz DJ, Kahn DA, Carpenter D, Docherty JP. The expert consensus guidelines series. Medication treatment of bipolar disorder. 2000
12. Freeman M, Freeman S, Mc Elroy S. The comorbidity of bipolar and anxiety disorders : prevalence, psychobiology, and treatment issues. *J Affect Disord* 2002 ; 68 : 1-23.
13. Hantouche EG, Kochman F, Demonfaucon C *et al.* Bipolar obsessive-compulsive disorder : confirmation of results of the «ABCOD» survey in 2 populations of patients members versus non-members of an association. *Encephale* 2002 ; 28 : 21-8.
14. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM IV). Washington : American Psychiatric Association, 1994.
15. Akiskal H, Chen S, David G, Puzantian V, Kashgarian M, Bolinger M. Borderline : an adjective in search of a noun. *Clin Psychiatry* 1985 ; 46 : 41.
16. Hardy-Baylé MC. Facteurs psychologiques, événements de vie et maladie maniaco-dépressive bipolaire. In : Bougerol T, Bourgeois M, Gay C *et al.* (eds) Les troubles bipolaires. Paris : Masson, 1995 : 129-86.

L'auteur n'a pas déclaré de conflits d'intérêt

MORCEAU CHOISI

Falret « Leçons cliniques de médecine mentale » 1854

Dixième leçon : suite de la marche des maladies mentales - Transformation de la folie : forme circulaire



La transformation de la manie en mélancolie, et réciproquement, a été signalée, dans tous les temps, comme un fait accidentel ; mais on n'a pas assez remarqué, ou du moins on n'a pas dit d'une manière expresse, qu'il existe une certaine catégorie d'aliénés chez lesquels cette succession de la manie et de la mélancolie se manifeste avec continuité et d'une manière presque régulière. Ce fait nous a paru assez important pour servir de base à une forme particulière de maladie mentale que nous appelons *folie circulaire*, parce que l'existence de ce genre d'aliénés roule dans un même cercle d'états maladiques qui se reproduisent sans cesse, comme fatalement, et ne sont séparés que par un intervalle de raison d'assez courte durée. Faisons remarquer toutefois que les deux états dont la succession continue constitue la folie circulaire ne sont, en général, ni la manie ni la mélancolie proprement dites, avec leurs caractères habituels ; c'est en quelque sorte le fond de ces deux espèces de maladie mentale sans leur relief. D'une part, il n'y a pas incohérence d'idées, comme dans la manie, mais simple exaltation maniaque,

c'est-à-dire activité extrême des facultés avec besoin incessant de mouvement et désordre très - marqué dans les actes ; d'autre part, il n'y a pas lésion restreinte de l'intelligence et prédominance de certains délires bien déterminés, comme dans les mélancolies ordinaires, mais dépression physique et morale portée quelquefois jusqu'à la suspension complète des facultés intellectuelles et affectives. Cette période d'affaissement de la folie circulaire est ordinairement plus longue que la période d'exaltation maniaque. Chose remarquable ! ces deux variétés de la manie et de la mélancolie, qui, prises isolément, sont ordinairement plus curables que les autres, présentent la plus grande gravité lorsqu'elles se trouvent réunies pour former la folie circulaire. Jusqu'ici nous n'avons vu que des rémissions plus ou moins notables dans le cours de cette affection ; jamais nous n'avons observé ni de guérison complète, ni même d'amélioration durable.

